

## **PRÁTICAS ALIMENTAR E ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ATENDIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE TABATINGA E CAREIRO DA VÁRZEA - AM.**

**Autores :** Elizabeth BATISTA<sup>1</sup>; Dionísia NAGAHAMA<sup>2</sup>; Rosana Castro de ALBUQUERQUE<sup>3</sup>.

**Identificação autores:**<sup>1</sup>Bolsista PIBIC/INPA; <sup>2</sup>Orientadora INPA/CPCS; <sup>3</sup>Colaboradores INPA/CPCS.

### **1. Introdução**

A deficiência de ferro é, isoladamente, a mais comum das deficiências nutricionais no mundo, sendo a anemia a sua forma mais severa. Os lactentes fazem parte do grupo de risco devido à maior necessidade de ferro em função do crescimento acentuado dos tecidos (INACG, 1979; WHO, 1989). Os dados disponíveis demonstram alta prevalência de anemia, variando segundo as diferentes regiões do Brasil, estratos sociais e estágios de vida sendo que a proporção entre as crianças menores de dois anos situa-se entre 50% e 83,5% (Santos, 2002).

O segundo semestre de vida pode ser considerado o período mais crítico, pois nessa idade as necessidades nutricionais da criança aumentam, principalmente, as demandas de energia e nutrientes específicos (ferro, por exemplo), e o leite materno sozinho não tem mais condições de suprir as necessidades nutricionais. Nessa fase os alimentos complementares são incluídos na dieta e a criança irá se adaptar ao padrão alimentar da família e da comunidade onde vive (WHO, 2003).

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o período de alimentação complementar é aquele durante o qual outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança junto com o leite materno. Qualquer alimento ou líquido que contenha nutrientes, oferecido à criança nesse período, é chamado de alimento complementar (WHO, 1998).

Dada a relevância da anemia ferropriva e alimentação nos primeiros meses de vida, o presente estudo pretende avaliar a ocorrência da anemia ferropriva e a prática alimentar das crianças nos dois primeiros anos de vida.

### **2. Casuística e Métodos**

Trata-se de um estudo transversal descritivo envolvendo crianças a partir de 9 até 24 meses de vida, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Tabatinga e Careiro da Várzea- AM, as margens dos Rios Solimões e Negro, respectivamente. A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia – INPA sob o número 157/2007.

Os dados foram coletados em dois períodos: setembro de 2008 e 2009 em Tabatinga e junho de 2008 e fevereiro 2010 em Careiro da Várzea. Para se obter os dados socioeconômicos e demográficos, como saneamento básico, escolaridade e idade materna, os responsáveis foram entrevistados. As informações da criança foram retiradas do cartão de acompanhamento (Cartão de vacina) como peso e estatura de nascimento. A concentração de hemoglobina foi obtida através da leitura direta em fotômetro portátil HemoCue® do sangue coletado por punção digital. Foi considerada anemia a concentração de hemoglobina inferior a 11,0 g/dL (WHO, 1992). Os resultados obtidos no mesmo momento da entrevista foram fornecidos à mãe. Foi também questionada a época da introdução dos alimentos complementares e sobre o aleitamento (materno ou artificial). Na análise estatística as variáveis foram apresentadas por meio de médias, desvios-padrão e proporções. Utilizando o software Epi Info versão 6.0 (Dean *et al.*, 1994). Para estudar a relação entre as diversas variáveis independentes e cada uma das variáveis dependentes, utilizou-se o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

### 3. Resultados e discussão

Foram entrevistadas e avaliadas 43 crianças no município de Tabatinga e 33 crianças do Careiro da Várzea. Destes 22 (51,2%) e 19 (57,6%) eram do gênero masculino e 21 (48,8%) 14 (42,4%) do feminino, respectivamente. Em relação à idade materna, 18,6% eram adolescentes (idade < 20 anos), sendo este valor muito próximo ao encontrado por Silva *et al.* (2002) que foi de 18,5%. Quanto à escolaridade materna e do chefe da família 60,5% e 48,8%, respectivamente, tem pelo menos 8 anos de estudo. A maioria das mães, 31 (72,1%), relatou morar com companheiro.

Na Tabela 1 observa-se que nos dois municípios a prevalência de anemia foi alta, superior a 70%, sendo que destes, a metade apresentaram anemia grave. Outros estudos também mostraram índices altos dessa deficiência. Monteiro *et al.* (2000), Silva *et al.* (2002) e Lima *et al.* (2004) encontraram uma prevalência de 71,8%, 60,8% e 73,5%, respectivamente. Diferentemente de Silveira *et al.* (2008) que observaram uma prevalência de 29,8%. Em estudo realizado em Manaus foi verificada prevalência de anemia em 76,7% e 40,1% (Nagahama *et al.*, 2004; 2008) em crianças nesse estágio de vida.

**Tabela 1.** Distribuição de crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde, segundo classificação de hemoglobina. Tabatinga-Am, 2008-2009 e Careiro da Várzea, 2008 - 2010.

CLASSIFICAÇÃO DE Hb	Tabatinga		Careiro da Várzea	
	N	%	N	%
Normal ( > 11,0 g/ dL)	11	25,6%	9	27,27%
<b>Anêmicos</b>	32	74,4%	24	72,73%
-Moderados ( 9,5  - 11,0 g/ dL )	17	39,5%	12	36,36%
-Graves ( < 9,5 g/ dL)	15	34,9%	12	36,36%
<b>Total</b>	43	100%	33	100%

Verificou-se a introdução precoce de água e chá, principalmente no Careiro da Várzea, apesar da OMS (2001) preconizar a sua introdução após os 6 meses de vida. Outros estudos em Belém do Pará e Manaus citaram a introdução no primeiro mês de idade (Moura, 1997; Nagahama, 1999). É um hábito da cultura brasileira, principalmente nesta região devido a altas temperaturas durante o ano todo e, de acordo com Vieira (2001) o chá é oferecido como medicação ou forma de minimizar as cólicas.

Em relação aos alimentos fontes de ferro verifica-se a introdução tardia de peixe, caldo de feijão, carnes e com ênfase a frequência baixa de crianças que já tinham introduzido o fígado (11,63% e 9,09%). Devincenzi *et al.* (2004) identificaram, entre crianças de baixa renda com idade entre 6 e 12 meses, que o consumo de feijão, carne e alimentos fonte de vitamina C é fator protetor para anemia aos 6 meses de idade, indicando que a alimentação adequada pode prevenir ou minimizar os efeitos da anemia ferropriva na infância.

**Tabela 2.** Distribuição de crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde, segundo inserção de alimentos. Tabatinga-Am, 2008-2009 e Careiro da Várzea, 2008 - 2010.

Idade	Tabatinga		Careiro		X	P
	N	%	N	%		
<b>Água/Chá</b>						
≤ 3 meses	13	30,23	17	51,52		
4 – 6 meses	13	30,23	12	36,36		
7 – 9 meses	1	2,33	2	6,06		
10 – 12 meses	0	0,00	0	0,00	<b>5,97</b>	<b>0,05</b>
<b>Leite pó</b>						
≤ 3 meses	15	34,88	12	36,36		
4 – 6 meses	10	23,26	8	24,24		
7 – 9 meses	6	13,95	3	9,09		
10 – 12 meses	3	6,98	5	15,15	<b>3,04</b>	<b>0,21</b>
<b>Caldo feijão</b>						
≤ 3 meses	4	9,30	2	6,06		
4 – 6 meses	17	39,53	18	54,55		
7 – 9 meses	12	27,91	7	21,21		
10 – 12 meses	7	16,28	2	6,06	<b>4,37</b>	<b>0,11</b>
<b>Peixe</b>						
≤ 3 meses	1	2,33	1	3,03		
4 – 6 meses	9	20,93	5	15,15		
7 – 9 meses	14	32,56	13	39,39		
10 – 12 meses	7	16,28	7	21,21	<b>0,08</b>	<b>0,95</b>
<b>Carne/frango</b>						
≤ 3 meses	1	2,33	0	0,00		
4 – 6 meses	10	23,26	9	27,27		
7 – 9 meses	11	25,58	10	30,30		
10 – 12 meses	8	18,60	10,00	30,30	<b>2,18</b>	<b>0,33</b>
<b>Fígado</b>						
≤ 3 meses	1	2,33	0	0,00		
4 – 6 meses	5	11,63	3	9,09		
7 – 9 meses	5	11,63	0	0,00		
10 – 12 meses	4	9,30	5	15,15	<b>3,03</b>	<b>0,21</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>		

#### 4. Conclusão

No presente trabalho foi observado alta prevalência de anemia em ambos os municípios, assim como introdução precoce de água chá e leite e tardia dos alimentos fontes de ferro. Uma vez que a composição da dieta, e não a quantidade da alimentação é o elemento que parece condicionar a deficiência de ferro, ações de caráter educativo, neste caso, não podem ser desconsideradas. Devido a importância da alimentação adequada para o crescimento normal, necessita-se de estudos da situação da amamentação e de outros hábitos de

alimentação infantil para obter-se informações que contribuam para o desenvolvimento de estratégias de intervenção alimentar.

## 5. Referências

Dean, A.G; Dean, J.A; Coulombier, D.; Brendel, K.A; Smith, D.C., 2000, Burton A.H. Epi Info; Processing database, and statistics program for epidemiology on micro-computer. Atlanta: Center for Disease Control and prevention. Geneva.

Devincenzi, M.U., Colugnati, F.A.B., Sigulem, D.M. 2004. Factores de protección para la anemia ferropriva: estudio prospectivo em niños de bajo nivel socioeconómico. Arch Latinoam Nutr.; 54(2): 174-9.

International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1979. Guidelines for the eradication of iron deficiency anemia: a report of the International Nutritional Anemia Consultative Group. Washington, DC: INACG.

Lima, A. C. V. M., Lira, P. I. C., Romani, S. A. M., Eickmann, S. H., Piscoya, M. D., Lima, M. C. 2004. Fatores determinantes dos níveis de hemoglobina em crianças aos 12 meses de vida na Zona da Mata Meridional de Pernambuco. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, 4 (1): 35-43, jan./mar.

Monteiro, C.A., Szarfarc, S.C., Mondini, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.6, p.62-72, 2000. Suplemento.

Nagahama, D. 2004. Impacto da intervenção com suplementação de ferro semanal e orientação nutricional na ocorrência de anemia em lactentes atendidos em dois Centros de Saúde da cidade de Manaus-AM. Tese de doutorado da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 68.

Nagahama, D., Tavares, A. C. M., Freire, J. L., Albuquerque, R. C. 2008. Perfil antropométrico e anemia ferropriva em crianças de 9 a 24 meses de idade atendidas pelo programa Saúde da Família de Manaus-AM. Livro de resumos do XII Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição – SBAN. Nutrição e Alimentação: avanços tecnológicos e desafios éticos. Belo Horizonte – MG.p.112.

Rea, M. F. O pediatra e a amamentação exclusiva. 2003. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro);79:479-80.

Santos LMP. Bibliografia sobre deficiência de micronutrientes no Brasil, 1999-2000: anemia. Brasília (DF): OPAS, OMS; 2002. v. 2.

Silva, D. G.; Franceschini, S. C. C.; Priore, S. E.;Ribeiro,S. M. R.;Szarfarc, S. C.; Souza, S. B.; Almeida, L. P.; Lima, N. M. M.; Maffia, U. C. C. 2002. Anemia ferropriva em crianças de 6 a 12 meses atendidas na rede pública de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. Revista Nutrição, Campinas, 15(3):301-308, set./dez.

Vieira, G. O.; Silva, L. R.; Vieira, T.O. Almeida, João A. G.; Cabral, V. A. 2004. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *Journal of Pediatric*.(Rio J);80(5):411-6: Breast feeding, feed, feeding behavior, mixed feeding.

World Health Organization. 1989. Infant feeding — the physiological basis. Bull World Health Organ:67(Suppl).

World Health Organization. 2001. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2003. Guiding principles for complementary feeding for the breastfed child. Geneva: PAHO.